

Zulassungsausschuss - Ärzte - Leipzig
in der Besetzung nach § 95 (13) SGB V
(Psychotherapie)



Zulassungsausschuss-Ärzte-Leipzig
Postfach 24 11 52
04331 Leipzig

Antrag auf Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

1. Antragsteller

.....
Titel, Name, Vorname - nur Rufname lt. Geburtsurkunde -

.....
Geburtsdatum

.....
Geburtsort

.....
Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Antragstellung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

.....
künftige Wohnanschrift zum Zeitpunkt der Niederlassung (Straße, Nr., PLZ, Ort, Tel.)

2. Ich beantrage die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit

voller Versorgungsauftrag hälftiger Versorgungsauftrag

als Psychologischer Psychotherapeut
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

in den Verfahren

Verhaltenstherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Analytische Psychotherapie

für die Betriebsstätte (Praxisanschrift)

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Tel.:

.....
FAX:

zum
voraussichtl. Niederlassungsdatum

Ich übernehme die Praxis von

.....
Name, PLZ, Ort

3. Zulassungsvoraussetzungen

- Arztregister bereits eingetragen
(der Auszug über die Eintragung ist vorzulegen)
 Eintragung beantragt

bei der
Bezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigung

4. Derzeitige Tätigkeit

- Dienst-/Beschäftigungsverhältnis
als
bei
- zugelassener Vertragsarzt oder zur Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung ermächtigter Arzt
- im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum
- Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil vonStunden weitergeführt.
(Der entsprechende Arbeitsvertrag ist im Original vorzulegen.)
- ohne Dienst-/Beschäftigungsverhältnis

5. Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- tabellarischer Lebenslauf einschließlich Unterschrift
- Nachweise über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit der Eintragung im Arztregister
der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu dieser Antragstellung
- Behördliches** Führungszeugnis - Belegart 0 - (darf zum Zeitpunkt dieser Antragstellung
nicht älter als 3 Monate sein)
- liegt bei
- wurde beantragt am bei
- Die Gebühr von 100,- EUR für den Antrag auf Zulassung wurde auf das

Konto-Nr.: **0 003 127 265**
BLZ: **300 606 01**
bei Kreditinstitut: **Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf**

Zahlungsgrund: **Zulassungsantrag**

am: gezahlt/überwiesen.

6. Niederlassung in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit

.....
Die Ausübung der psychotherapeutischen Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung in BAG bedarf der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich.

7. Hinweise:

1. Bitte kennzeichnen Sie in der Anlage (Erhebungsbogen) zu diesem Antrag die Leistungen, die Sie in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen möchten.
2. Für die Abrechnung mit Datenträgern (EDV) ist ebenfalls ein gesonderter Antrag zu stellen.

Bemerkungen des Antragstellers

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Erklärungen:

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und es auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war.

Weiterhin erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre nicht einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Ich erkläre, dass ich ab Aufnahme der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung für die Versorgung der Versicherten persönlich im erforderlichen Maße zur Verfügung stehe.

Ich werde die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber der KV Sachsen gemäß Vorgabe der Bundesmantelverträge mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchführen.

Für die Abrechnung mit Datenträgern (EDV) wird das verwendete EDV-System zur Bestätigung angezeigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift